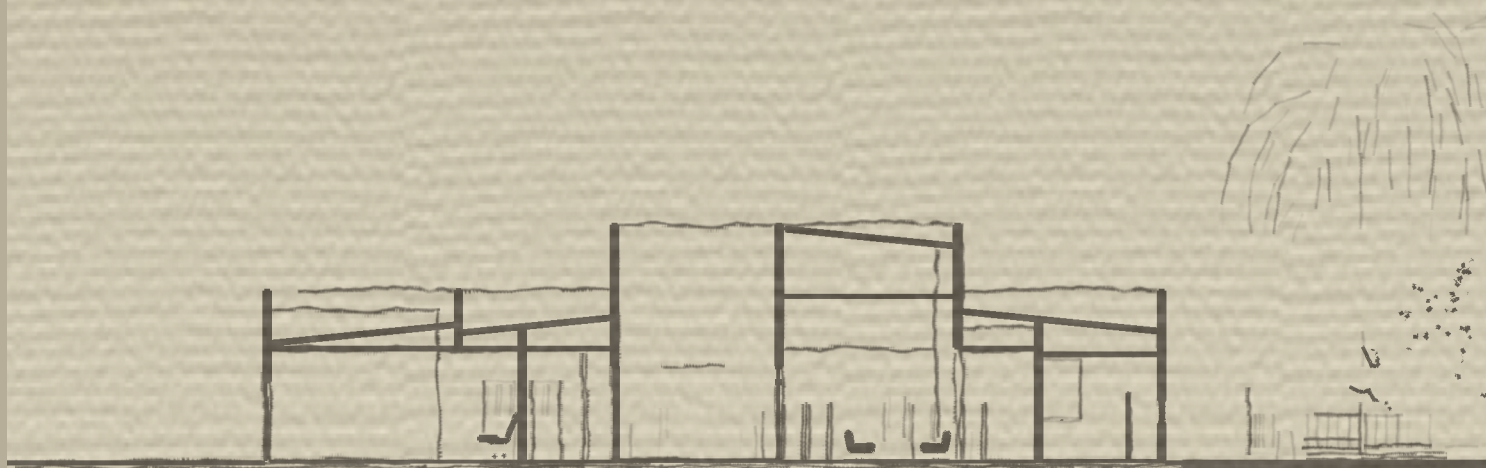


ESPAÇOS PARA SAÚDE MENTAL:
UMA PROPOSTA DE REFORMA NO CAPS III EM GURUPI-TO
Karen Gonçalves de Araújo Antero





UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

KAREN GONÇALVES DE ARAÚJO ANTERO

**ESPAÇOS PARA SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE REFORMA NO CAPS III
EM GURUPI-TO**

Monografia apresentada ao curso de
Arquitetura e Urbanismo da Fundação
Universidade Federal do Tocantins,
orientado pela Prof. Dra. Patrícia Orfila
Barros dos Reis, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Arquiteta e
Urbanista.

GURUPI – TO

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

A627e Antero, Karen Gonçalves de Araújo.
 Espaços para saúde mental: uma proposta de reforma no CAPS III
 em Gurupi-TO . / Karen Gonçalves de Araújo Antero. – Palmas, TO,
 2022.
 71 f.

 Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
 Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Arquitetura e Urbanismo,
 2022.
 Orientadora : Orfila Barros dos Reis

 1. Arquitetura regionalista. 2. Arquitetura para CAPS. 3. Espaços
 de saúde mental. 4. Luta antimanicomial. I. Título

CDD 720

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

KAREN GONÇALVES DE ARAÚJO ANTERO

ESPAÇOS PARA SAÚDE MENTAL
UMA PROPOSTA DE REFORMA NO CAPS III DE GURUPI-TO

Monografia foi avaliada e apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT/Campus Universitário de Palmas), Curso de Arquitetura e Urbanismo para obtenção do título de Arquiteta e Urbanista e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 04 /02/ 2022

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Patrícia Orfila Barros dos Reis, UFT

Prof. Dr. José Marcelo Martins Medeiros, UFT

Esp. Joseísa Martins Vieira Furtado, Prefeitura de Palmas-TO

**Dedico essa pesquisa a todos que
enfrentam sofrimento mental**

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço aos meus pais Ozeny e Adalberto, pelo apoio incondicional e os ensinamentos de bondade e sensibilidade. Ao meu irmão Santiago, um grande companheiro na minha vida, aos meus familiares que amam e torcem por mim. A todos os meus professores, em especial, minha orientadora Dra. Patrícia Orfila, que me estimulou a dar o meu melhor para a realização deste trabalho. Ao professor Dr. João A. Bazzoli, que me deu a oportunidade de ser extensionista pelo LabCidades e descobri, na troca de saberes entre a universidade e a comunidade, uma grande felicidade neste exercício. Aos meus colegas que se tornaram amigos, em especial a Marina Nolasco, companheira desde os tempos da ULBRA, o apoio nos momentos em que eu desacreditava no meu percurso, me fazendo nunca desistir e ao João Pedro Teixeira, que também sempre se fez presente, um excelente amigo. A todos os meus amigos de fora e de dentro da Universidade. A Bruno e Janilva, coordenador e terapeuta ocupacional do CAPS, que me dispuseram de informações necessárias para a realização deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

INPS – Instituto Nacional de Previdência

PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

UFT – Universidade Federal do Tocantins

IFTO – Instituto Federal do Tocantins

UNOPAR – Universidade do Norte do Paraná

UNIRG – Universidade de Gurupi

RESUMO

Este trabalho é uma proposta de espaços para saúde mental utilizando os estudos de ruptura e reforma manicomial com a premissa principal de um espaço de desospitalização. Através das teorias de Regionalismo Crítico, Topofilia, Biofilia e Arquitetura Sensorial, em um projeto de reformulação de um Centro de Atenção Psicossocial. Para os estudos de adaptabilidade destas premissas, foi usado o Centro de Atenção Psicossocial III Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva em Gurupi - Tocantins, como o modelo desta requalificação.

Palavras-Chave: Espaços de Saúde Mental, Luta Antimanicomial, CAPS, Arquitetura para CAPS, Arquitetura Regionalista.

ABSTRACT

This work is a proposal of spaces for mental health using the studies of rupture and asylum reform with the main premise of a dehospitalization space. Through the theories of Critical Regionalism, Topophilia, Biophilia and Sensory Architecture, in a project to reformulate a Psychosocial Care Center. For the adaptability studies of these premises, the Psychosocial Care Center III Dr Sandra Nascimento Oliveira Paiva in Gurupi - Tocantins was used as the model for this requalification.

Keywords: Mental Health Spaces, CAPS, Anti-Asylum Fight, Regionalist Architecture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Philipe Pinel na Salpêtrière, FLEURY, Tony-Robert, óleo sobre tela	08
Figura 2: Asclépio (deus da medicina) e médicos em atendimento	11
Figura 3: Figura 3: Planta Baixa do Hospício de Bicêtre	12
Figura 4: Planta da Santa Casa da Misericórdia representando a data de construção de cada bloco de seu conjunto arquitetônico	14
Figura 5: Hospital da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, construído entre 1840 e 1852, litografia de Pieter G. Bertichem	15
Figura 6: Cadastro do Hospício Nacional de Alienados	16
Figura 7: Fotografia da 8ª Conferência Nacional da Saúde	18
Figura 8: Fotografia do Relatório Final do II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental	19
Figura 9: Cartaz do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	20
Figura 10: Rede de atenção à saúde mental pelo SUS	22
Figura 11: Localização geográfica de Gurupi perante o Estado do Tocantins	25
Figura 12: Fotografia aérea de Gurupi em 1958	26
Figuras 13: Tipologias arquitetônicas em Gurupi-TO	28
Figura 14: Tipologias arquitetônicas em Gurupi-TO	28
Figura 15: Tipologias arquitetônicas em Gurupi-TO	28
Figura 16: Tipologias arquitetônicas em Gurupi-TO	28
Figura 17: Sala da Casa Estúdio de Luis Barragán	32
Figura 18: Sala da Casa Estúdio de Luis Barragán	33
Figura 19: Exterior da Câmara Municipal	34
Figura 20: Interior da Câmara Municipal	34
Figura 21: Exterior e Interior do Centro Maggie de Frank Ghel	35

Figuras 22: Exterior e Interior do Centro Maggie de Frank Ghel	36
Figura 23: Foto das primeiras atividades do CAPS em Gurupi	37
Figura 24: Planta de layout do Caps III de Gurupi, projeto de Silênio Camargo	38
Figuras 25: Planta de Implantação do Caps III de Gurupi	39
Figura 26: Fachada do CAPSIII	39
Figuras 27: Refeitório	40
Figuras 28: Corredor de acesso às salas de atividades coletivas	40
Figura 29: Jardim de Inverno (Solarium)	40
Figura 30: Salão de beleza	41
Figura 31: Sala de atividades coletivas 1	41
Figura 32: Sala de Atividades Coletivas 2	41
Figura 33: Placa em homenagem a Sandra Nascimento de Oliveira localizada em um dos corredores	41
Figura 34: Planta de alteração de função, fonte autoral	44
Figuras 35: Fotos da Cozinha Interativa	44
Figura 36: Fotos da Cozinha Interativa	44
Figura 37: Esquema de Condicionantes Climáticos do CAPSIII Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva	45
Figura 38: Levantamento arbóreo existente no CAPSIII Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva	46
Figura 39: Fachada CAPS AD III em Gurupi-TO.	50
Figura 40: Fachada UBS em Gurupi-TO.	51
Figura 41: Fachada CAPS III em Gurupi-TO.	51
Figura 42: Recepção CAPS AD III em Gurupi.	52
Figura 43: Recepção UBS em Gurupi. Fonte autoral	52

Figura 44: Fachada do CAPS AD III em Palmas.	53
Figura 45: Fachada do CAPS AD III em Palmas.	53
Figura 46: Fachada do CAPS AD III em Palmas.	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tabela de Síntese de Teoria e Fundamento adotados	32
Quadro 2: Tabela de Síntese de Aplicabilidades Adotadas	38
Quadro 3: Atendimento do CAPS em Gurupi	39
Quadro 4: Programa de necessidades CAPSIII original	44
Quadro 5: Lista de árvores a serem implantadas no CAPSIII Dra Sandra	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
1. HISTÓRIA DA LOUCURA.....	6
1.1. História da Arquitetura para a saúde mental.....	10
1.2. História da Arquitetura da loucura no Brasil.....	13
2.CAPS.....	21
2.1 Espaços para Caps.....	23
3. GURUPI.....	24
3.1 Contexto histórico de Gurupi.....	25
4.TEORIA E FUNDAMENTO.....	28
4.1. Topofilia.....	29
4.2. Biofilia.....	30
4.3. Regionalismo Crítico.....	30
4.4 Arquitetura Sensorial.....	31
5. ESTUDO DE CASO.....	32
5.1 Casa estúdio - Cidade do México, México.....	32
5.2 Câmara Municipal de Saynatsalo, Finlândia.....	33
5.3 Centros Maggie, Reino Unido.....	34
6. IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA CAPS EM GURUPI-TO.....	36
7. CONDICIONANTES CLIMÁTICOS.....	44
7.1. Levantamento Arbóreo.....	45
7.1.1. Proposta Arbórea.....	47
8. CONCLUSÕES ACERCA DOS ESPAÇOS PARA CAPS NO TOCANTINS.....	49
9. MATERIAIS EMPREGADOS.....	54
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57

| INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), cerca de 720 milhões de pessoas no mundo, padecem de enfermidades neuropsiquiátricas, como transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas, atingindo prevalência pontual ao redor de 10%. Além disso, aproximadamente 24% de todos os pacientes atendidos por profissionais de atenção primária têm um ou mais transtornos mentais. O sofrimento psíquico para a sociedade exibe uma ideia de incapacidade e improdutividade, causando conflitos em familiares e pessoas próximas com relação à condição do sujeito que sofre (VECCHIA; MARTINS, 2006).

Para tal, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma proposta de solucionar práticas manicomiais, torna-se o mais moderno atendimento psicossocial brasileiro para apoio e acolhimento aos portadores de transtornos psíquicos, onde a percepção do direito de escolha e de práticas expressivas através de um trabalho multiprofissional, entretanto, os espaços para o CAPS prevalece em seu aspecto identitário em uma arquitetura hospitalar, o que torna-se uma problemática.

Como justificativa, há a identificação pelo tema de minhas próprias experiências de vida, com avó (em memória) e tia-avó, bem como tios-avôs (em memória) com esquizofrenia e um tio com transtorno bipolar. Suas internações, o abandono, a falta de entendimento e respeito às suas particularidades me sensibilizaram a idealizar este estudo.

O desenvolvimento deste trabalho propõe uma requalificação do espaço da saúde mental, usando o CAPS III de Gurupi como estudo de caso, utilizando uma

metodologia no regionalismo crítico e os efeitos da paisagem ao ser humano, para que a arquitetura atue na qualidade de vida de seus usuários.

Para o desenvolvimento do TCC aqui proposto, a metodologia a ser utilizada consistiu, primeiramente, na elaboração de pesquisas mais aprofundadas acerca do tema, englobando o histórico da loucura e a arquitetura da loucura do Brasil e do mundo, práticas de violência e os desafios atuais a respeito destes espaços como equipamentos de saúde mental catalisadores de mudanças significativa de seus usuários, descritos desde a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Foram realizadas pesquisas sobre as temáticas de Biofilia, Topofilia e Arquitetura Sensorial, uma vez que estes conceitos são máximas que regem este projeto conceitual e formalmente. A partir disto, foram elencados referências projetuais que traduzem tridimensionalmente os conceitos abordados, de forma a melhor guiar o processo de projeto dentro dos parâmetros adotados neste trabalho, bem como, extensas visitas e diálogos primorosos com o Coordenador Bruno Lopes e a Terapeuta Ocupacional Janilva Maria.

Após estes passos, foi possível estruturar e amadurecer mais certamente o conceito e partido a serem utilizados para o projeto. Por seguinte, foi conseguido o acesso às pranchas arquitetônicas do objeto de estudo, e analisadas as potencialidades e desafios frente a uma análise pós ocupacional e assim, elaborado o projeto de reforma e requalificação do espaço. O passo seguinte contou com as correções pedidas pela pré-banca, seguidas do maior aprofundamento técnico do desenho, com a criação das pranchas arquitetônicas, a realização de detalhamentos e de maquete eletrônica através do software Sketchup, Revit, Layout e Lumion, passos estes que foram atualizados e finalizados nesta etapa, bem como as

humanizações através do processo de renderização seguido da diagramação e finalização deste caderno de TCC a ser avaliado.

| 1. HISTÓRIA DA LOUCURA

Na pré-história, o tratamento e definição da loucura estava atrelada às práticas xamânicas e, com a evolução da medicina, fora responsabilidade de alienistas e, enfim, psiquiatras. (ALEXANDER e SELESNICK, 1980). A prática de vincular perturbações da mente à religiosidade percorreu diversas culturas ao longo da história, como a Grécia Antiga que vinculava contraturas involuntárias na musculatura (convulsões), à interferência direta a deuses, que, segundo Palomba (2014) acarreta ao surgimento da palavra Epilepsia (epi = de cima e lepsen = abater), até aproximadamente 600 a.C. era dominada por uma visão mitológica e religiosa do mundo.

Durante os séculos V e IV a.C., surgiram, justamente nos primórdios da Filosofia, as primeiras iniciativas de se formular uma teoria científica e racional a respeito das causas das enfermidades. Isto não significa que o pensamento grego estivesse completamente alheio aos aspectos religiosos, porém, cada vez mais os médicos e pensadores procuravam se orientar pela natureza e seus fenômenos. Rosen, em seu livro "Locura y Sociedad", de 1968, menciona os escritos de Heródoto, historiador grego, que revelam a visão da loucura, nesta época, como um fenômeno que poderia assumir dois aspectos diferentes. O primeiro tipo de loucura era aquela causada por eventos naturais físicos, capazes de alterar a atividade psíquica.

A medicina da época se baseava na teoria dos humores, que considerava a constituição do corpo humano a partir de quatro humores, produzidos pelos processos fisiológicos que ocorrem nas diversas partes do organismo: o sangue, o

fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. Acreditava-se que um desequÍlbrio na produção destes humores, especialmente a bÍlis negra, poderia desencadear não somente males fÍsicos, como tambÍm diversas formas de doença mental. O segundo tipo de loucura baseava-se em antigas crenças e era provocada por eventos sobrenaturais, possessão por espÍritos ou intervenção divina (ROSEN, 1968). E, em escritos de Platão, há distinção de quatro tipos de “loucura divina”, entre as quais se incluía a loucura ritual ou mÍstica, que se associava a crenças religiosas (ROSEN, 1968).

Essa crença perdurou atÍ a Idade MÍdia, porÍm, neste perÍodo, as práticas de exclusão e marginalização de pessoas acontecia de forma recorrente por inÍmeros fatores, seja polÍtico, social, patológicos, praticada atravÍs de prisões e torturas e assassinatos atravÍs da justificativa moral religiosa, (MATIAS, 2015) entretanto, não totalmente afastadas da vista dos ditos “puros”. A complexidade do pensamento medieval em relação à loucura a colocava relacionada a duas esferas. Nas demonÍacas, o louco encarnava o caos, a desordem, a oposição ao equilÍbrio da vida adulta. No polo oposto a esta natureza das trevas, o insano poderia ser considerado o sÍmbolo da pureza original, da humildade, da ingenuidade, o conhecedor de saberes inatingÍveis e incompreensÍveis aos homens comuns.

Com o fim do feudalismo e, conseqüentemente, o fortalecimento das cidades dando um novo sentido ao indivÍduo, o de cidadania, ainda que frágil e um recente conceito de trabalho, marcado pela produtividade, em um sistema acabava que acabava por marcar o louco em uma incapacidade atrelada a pobreza e o ócio, um vÍcio abominado pela Igreja Católica.

A criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, foi o marco desse fenmeno denominado Grande Internação, que não se refere são ao enclausuramento da

Loucura, como também local de destino dos menos abastados (DESVIAT, 1995), que no século seguinte, onde fora observado que as práticas não diminuíram a pobreza e por isso, descartada para este fim, mantendo o aprisionamento do louco devido a sua ideia de periculosidade. A partir do final do século XVIII a loucura é considerada doença - doença mental e a psiquiatria, uma área de saber próprio, com a criação dos hospícios/manicômios, a loucura torna-se verdade médica (BIRMAN, 1978).

Com a Revolução Francesa e a Industrial, houve um fortalecimento das ciências e assim, o médico Phillippe Pinel, questiona o tratamento dado aos loucos e tem o ato de desacorrentá-los do hospital de Bicêtre, em Paris, onde trabalhava e inscreveu a alienação na nosografia médica. Transferindo a prisão dos grilhões, pelo suposto saber médico. A partir do seu trabalho, Pinel aventou a possibilidade de cura para a loucura, porque na sua concepção a alienação mental não possuía causas físicas, e sim, era oriunda das paixões (AMARANTE, 1995).

Figura 1: Philippe Pinel na Salpêtrière, FLEURY, Tony-Robert, óleo sobre tela.



Gomes (2007) afirma que o conceito de alienação mental para Pinel não significava necessariamente uma ausência de razão, mas a contradição que impossibilitava essa razão de ser absoluta. A proposta terapêutica de Pinel baseava-se no tratamento moral, centrado no isolamento do doente do mundo exterior, através da reclusão/asilo.

Mantidas até a Segunda Guerra Mundial, as práticas pinelianas foram severamente questionadas, que, devido aos altos índices de incapacitação social devido devido aos transtornos mentais, e diversas condições históricas que facilitaram uma reforma psiquiátrica em diferentes países como (VASCONCELOS, 1999).

- Processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tendem a consolidar os direitos civis, sociais e políticos;
- Novas teorias e práticas terapêuticas como a psicanálise e o desenvolvimento de serviços comunitários, que permitiram certos deslocamento nos paradigmas, princípios e práticas psiquiátricas tradicionais;
- Desenvolvimento da psicofarmacologia, possibilitando certo controle dos sintomas psiquiátricos encorajando instituições com ambientes sociais abertos.

Essa experiência buscou um diálogo entre a razão e a loucura, (ROTELLI, 1994) entendendo que a loucura estava presente na relação entre os homens e não dentro deles. Seus representantes não estruturaram o tratamento em psicofármacos ou na contenção física, mas na valorização do discurso através da metanoia, ou do delírio. No entanto, a psiquiatria segue em reforma até os dias atuais, com questionamento acerca do uso dos fármacos como maquiadores de sofrimentos psíquicos não elaborados e o conflito entre a psiquiatria e as abordagens terapêuticas não medicamentosas.

| 1.1. História da Arquitetura para a saúde mental

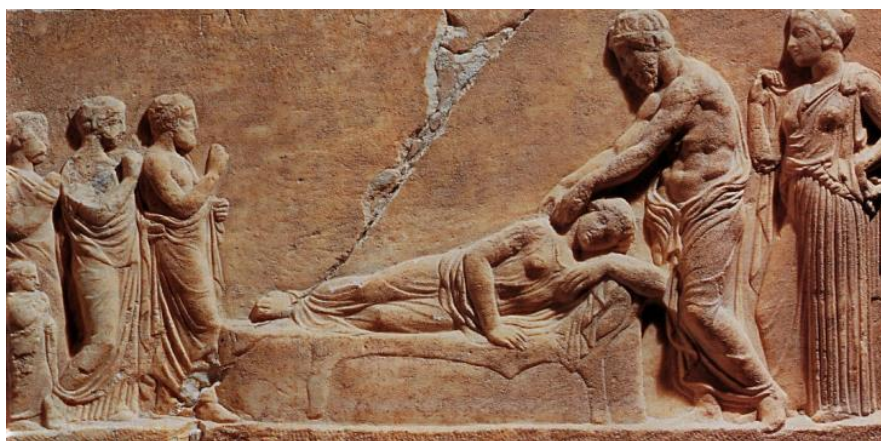
Segundo Miquelim (1992), a história de ambientes de assistência a transtornos mentais remonta desde a Antiguidade. No Egito, há registros de templos utilizados na prestação deste tipo de atendimento, com vinculação direta às divindades. O autor acrescenta que, no mundo greco-romano, associações com aspectos místicos e rituais, muitas vezes fazia com que o louco fosse considerado superior aos demais indivíduos da sociedade, uma pessoa dotada de poderes sobrenaturais como, por exemplo, o dom da profecia.

Nesta época, os espaços arquitetônicos mais importantes onde se prestava assistência à saúde da comunidade eram as latreias, casas ou lojas onde os médicos atendiam e até ofereciam abrigo a seus pacientes. Este tipo de instalação foi preservado posteriormente, durante o Império Romano, que segundo (ROSEN, 1994), "assumiu o legado da cultura grega", inclusive no que se refere à medicina, agregando, porém, seus férteis conhecimentos de engenharia e administração.

Havia também os templos denominados Asklepieia, consagrados a Asclepios, deus da medicina, em alguns destes espaços (ANTUNES, 1991), os

pacientes eram submetidos a uma espécie de terapia pelo sono, quando acreditavam receber, durante os sonhos, as informações para a sua cura ou, até mesmo, a visita do próprio Asclepios. Nestes espaços aconteciam os fenômenos da chamada loucura ritual ou loucura divina. Estes templos se caracterizavam por sua localização privilegiada e belas paisagens. Alguns deles possuíam anfiteatros, que eram utilizados para eventos na comunidade (ANTUNES, 1991).

Figura 2: Asclépio (deus da medicina) e médicos em atendimento.



Fonte: Wikipedia. Acesso em 31 out 2021

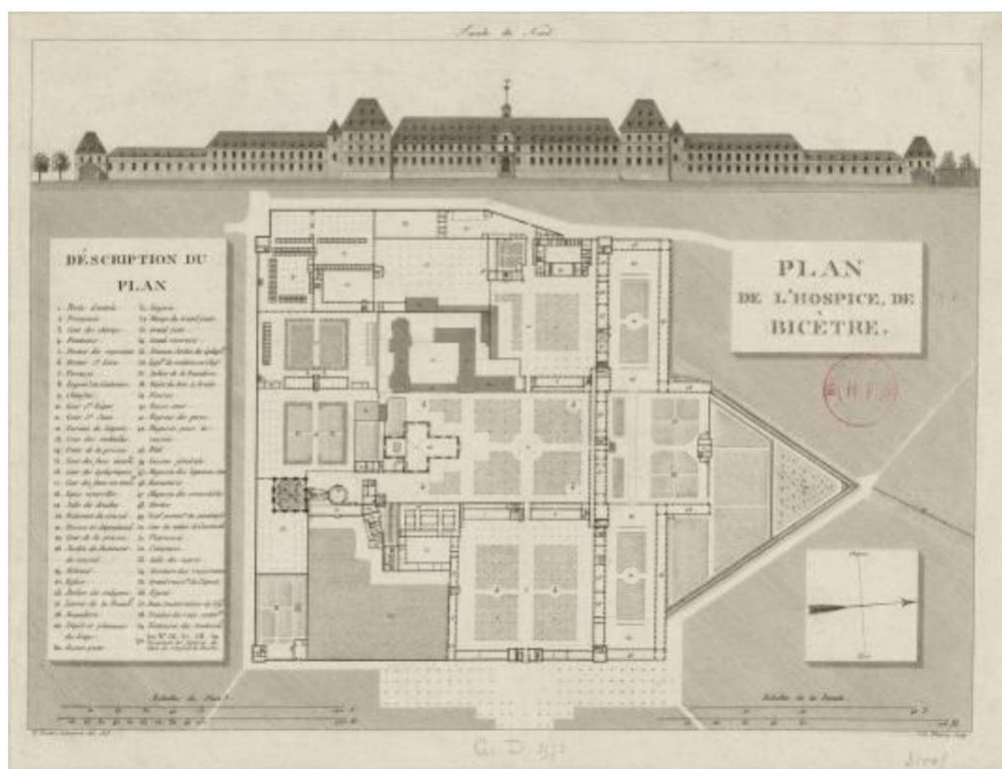
Na Europa da Idade média, onde os comportamentos atípicos eram levados a torturas e assassinatos por enforcamentos e fogueira, a cultura do rejeitamento ao diferente como algo maligno a qual deve ser destruído, ou ao menos, isolado da sociedade que tem a “razão”, permanece na Europa nos períodos históricos consequentes com instituições como os leprosários (que atendia não só portadores de hanseníase, como quaisquer pessoas com instabilidades), manicômios e outras instituições onde o livre arbítrio era cerceado, com terapias à base de autoridade.

A história da psiquiatria como ciência tem seu início no período da Revolução Francesa com o médico Phillipe Pinel, que é considerado a primeira reforma

psiquiátrica ocidental. Foram propostos modelos de hospitais especializados, com espaços abertos e amplos, com enfermarias específicas aos transtornos considerados à época, porém, práticas de isolamento, terapias autoritárias e a ideia de marginalização do louco permanece (AMARANTE, 1998).

O asilo assumiu um lugar especial para o tratamento, pois poderia recuperar/corriger os erros da razão dos sujeitos acometidos pela insanidade fazendo-os recuperar a "racionalidade normal" ou a cura. Na tradição pineliana, o asilo é por si só terapêutico e, nessa perspectiva, o isolamento é a condição primordial no tratamento moral. Antes da reforma pineliana, os portadores da loucura ainda podiam circular pelas ruas, desde então, tornando o convívio com os loucos algo evitativo e o sujeito louco, cheio de mistérios.

Figura 3: Planta Baixa do Hospício de Bicêtre



Planta do Hospício de Bicêtre. E. Poulet Galimard, del. 1813. Fonte: Site da Biblioteca Nacional da França. Acesso em 10 de jan de 2021

A abordagem proposta de Pinel se manteve até meados do século XX quando movimentos reformistas começaram a questionar sobre as condições de vida dos pacientes psiquiátricos dentro das instituições, tendo como fator predominante ao aumento das internações devido ao período da Segunda Guerra Mundial, onde as outras áreas na medicina ofereciam tratamentos e recuperações com resultados mais claros em comparação com uma certa ineficácia dos tratamentos utilizados nos pacientes psiquiátricos.

Nos anos 50 e 70 duas vertentes de Reforma Psiquiátrica emergiram, uma Reformista e outra de Ruptura ao sistema psiquiátrico até então proposto, e, com os debates acerca da ineficiência da psiquiatria tradicional vigente, surgiram novas práticas de tratamento, como a terapia em grupo e a participação da família no processo terapêutico. Outra importante contribuição foi o envolvimento de uma equipe multiprofissional exercendo acompanhamento ao paciente e alternativas não internantes.

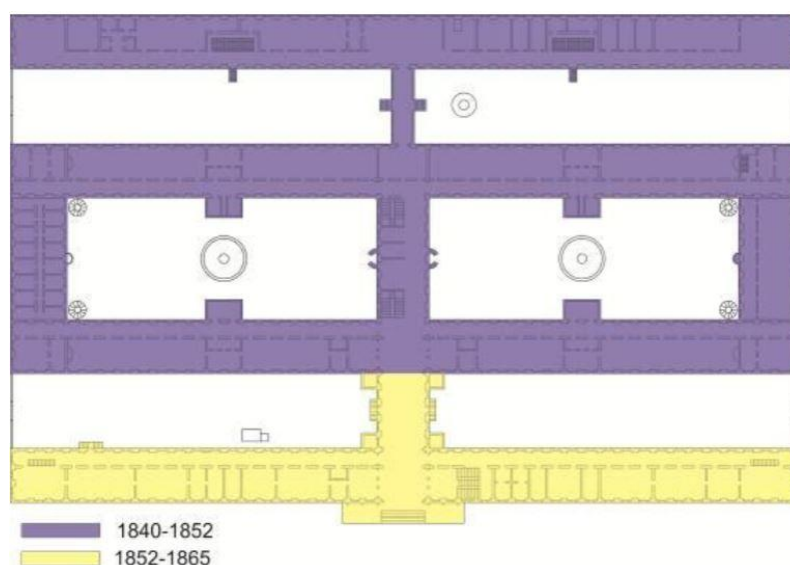
| 1.2 História da Arquitetura da Loucura no Brasil

“O mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem par. O acúmulo de doentes, o sombrio da dependência que fica no andar do pavimento térreo e o pátio interno é quase ocupado pelo pavilhão das latrinas de ambos os andares - tirando-lhe a luz tudo isso lhe dá a atmosfera de um hospital, de emanção de desinfetantes, uma morrinha terrível. Os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, no geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre; (...) Veio-me, repentinamente, um horror à sociedade e à vida; uma vontade de absoluto aniquilamento, mais do que aquele que a morte traz; um desejo de perecimento total da minha memória na terra; um desespero por ter sonhado e terem me acenado tanta grandeza, e ver agora, de uma hora para outra, sem ter perdido de fato a minha situação, cair tão, tão baixo, que quase me pus a chorar que nem uma criança” - Lima Barreto, O cemitério dos vivos

Com a chegada da família real, em 1808, houve as primeiras práticas de preocupação Estatal sobre o louco, no entanto, com enfoque no isolamento, que, com o crescimento econômico e práticas higienistas, o louco estava impedido de andar pelas ruas e, assim, começaram a fazer parte das casas de correção, prisões, asilos de mendigos ou dos porões das Santas Casas de Misericórdia, a destinação de loucos para os hospitais eram uma minoria. .

Em 1830, a Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro decidiu atrelar a loucura à doença mental, necessários de espaços próprios e tratamento especializado (AMARANTE, 1998). No entanto, as práticas excludentes se mantiveram através das colônias de alienados, que, teoricamente, tinham o intuito de integrar o louco e a sociedade que, segundo (AMARANTE, 1998), representa a primeira reforma psiquiátrica no Brasil.

Figura 4: Planta da Santa Casa da Misericórdia representando a data de construção de cada bloco de seu conjunto arquitetônico.



Fonte:Arquivo Central do IPHAN/RJ, 1938, adaptado pela Autora, 2014. Desenho de Fernanda Trindade, Adaptado por Flávia de Azevedo Monteiro

Figura 5: Hospital da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, construído entre 1840 e 1852, litografia de Pieter G. Bertichem.



Fonte: FBN Iconografia Icon393044 - O Brasil Pitoresco e Monumental, 1856.
Acesso em 09 de jan 2022

Figura 6: Cadastro do Hospício Nacional de Alienados

N.º 98

7.4.9/1917
Assistencia a Alienados
HOSPITAL NACIONAL

SEÇÃO ESQUIZOL

Nome *[illegible]* Nacão Brasil Classe D. F. *[illegible]*

(V. Observações)

Côr. *preta* Sexo *feminino* Naturalidade *[illegible]* Entrada na Seção: *Em 4-4-1917*

Idade *15 anos* Estado civil *solteira*

Profissão *domestica*

Residência *[illegible]*

Procedência *6º Distrito Policial*

Internante *Repartição Central da Polícia Guiz;*
nº 332, de 29 de Março de 1917.

Entrada *29 de Março de 1917.*

Diagnóstico *Doença pueril.*

Em *7* de *Maio* de 1917

O Medico assistente *[illegible]*

MATRICULE-SE

O Director Geral *[illegible]*

Matriculado a *1* de *Maio* de 1917 Número do ordem geral *21.507*

Em *7* de *Maio* de 1917 Número do ordem annual *337*

[Red stamp: Recebido em 31.10.18]

Alta em *[illegible]* de *[illegible]* de 191 *[illegible]* Falleceu em *[illegible]* de *[illegible]* de 191 *[illegible]*

[Red stamp: 1917]

O Medico *[illegible]*

O Director Geral *[illegible]*

Fonte: Acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira. Acesso em 31 out 2021

Nos anos 30, desenvolveu-se métodos como o choque insulínico e cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. Com o comportamento do paciente controlado, acreditava-se ter obtido a cura para as doenças mentais. A psiquiatria se torna mais poderosa e os asilamentos mais frequentes, aumentam as vagas nos asilos e são criados centros cirúrgicos para as lobotomias (AMARANTE, 1998). Na década de 50 surgiram os primeiros neurolépticos.

Mesmo com o crescimento dos pacientes, ampliando as variações de psicoses e neuroses, a assistência psiquiátrica era realizada apenas dentro dos

hospitais psiquiátricos, sem avanços de desinstitucionalizações e desospitalizações (AMARANTE, 1998). Em 1960, a doença mental se torna um objeto de lucro. É criado o Instituto Nacional de Previdência (INPS) e o Estado começa a comprar serviços privados. Com isso, aumenta o número de vagas em hospitais psiquiátricos particulares. São criadas novas propostas não manicomiais, planos de psiquiatria preventiva, comunidades terapêuticas como o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), e outras propostas de atenção primária, que não são bem aceitas pela falta de aprovação das medidas de superação asilar (AMARANTE, 1998).

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica teve como estopins a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 2000). No que concerne ao MTSM, basta lembrar que este movimento denunciou a falta de recursos das unidades e a consequente precariedade das condições de trabalho refletindo na atenção dispensada à população, tendo como mote o caráter trabalhista e humanitário. A trajetória do movimento foi marcada pela noção de desinstitucionalização e teve início na segunda metade dos anos 1980, inserindo-se num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira.

Em termos políticos, a década de 1980 diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar. No auge desse contexto reformista, ocorreu em Brasília (DF), em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que, pela primeira vez, teve consulta e participação popular, contando com representantes de diversos setores da comunidade. Dessa conferência surgiu uma nova concepção de saúde, expressa pela ideia de 'a saúde como direito do cidadão e dever do Estado'.

Figura 7: Fotografia da 8ª Conferência Nacional da Saúde

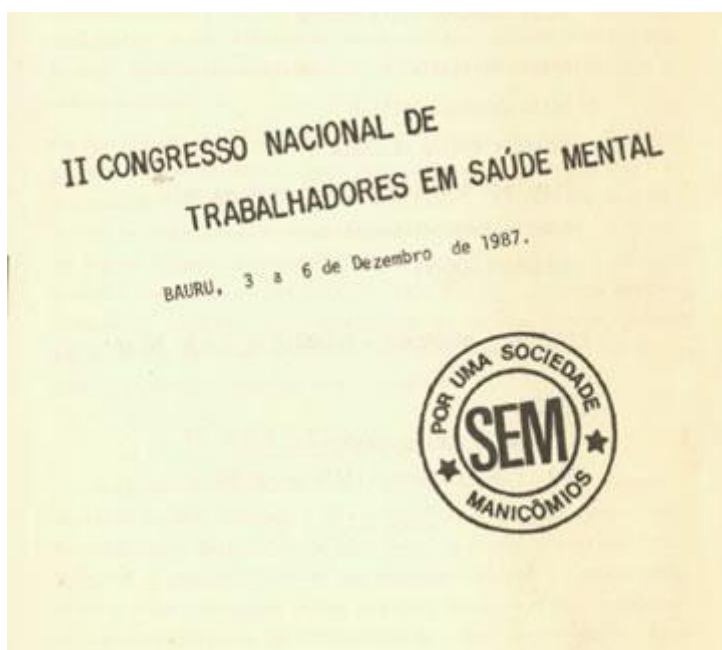


Fonte: Conselho Nacional de Saúde. Último acesso em 6 de janeiro de 2022

Em junho de 1987, no Rio de Janeiro, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual o MTSM decidiu rever suas estratégias e repensar seus princípios. Nesse evento surgiu, também, o primeiro movimento da luta antimanicomial. A partir daí, as críticas formuladas à psiquiatria passaram a ser dirigidas não mais ao âmbito da falência terapêutica, mas ao conjunto das questões sociais, tendo no seu fio condutor a exclusão e a cidadania.

Como relata Oliveira (2002), nesse mesmo ano, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (SP), foi lançado o lema 'Por uma Sociedade sem Manicômios', estabelecendo-se também o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Figura 8: Fotografia do Relatório Final do II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental



Fonte. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS). Acesso em 6 de janeiro de 2022

Essa nova concepção permitiu a definição de alguns princípios básicos, como: universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, promoção de políticas de bem-estar social através do Estado e visão da saúde como qualidade de vida. Em 1989, houve a apresentação do Projeto de Lei no 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que regulamenta os direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição pelos serviços extra-hospitalares. A partir daí, tiveram início as principais transformações no campo jurídico-político, que provocaram enorme polêmica na mídia, na sociedade em geral e em alguns familiares. Alguns se posicionaram contra, e outros, a favor, mas o mais importante foi que os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos hospitais psiquiátricos invadiram a mídia nacional.

Figura 9: Cartaz do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial



Fonte. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS). Acesso em 6 de janeiro de 2022

O Projeto de Lei foi transformado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, atualmente em vigor, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como Hospitais-Dia (HDs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Protegidos, propondo a substituição gradativa dos leitos em hospitais especializados e dificultando a internação psiquiátrica involuntária, esta lei detonou um processo de discussão em todo o Brasil sobre as formas mais adequadas de atenção em saúde mental. Isso levou a

Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a abrir o financiamento de outras modalidades de assistência substitutivas à internação tradicional. E impulsionou mudanças na legislação e na concepção e adequação do tratamento aberto e comunitário, recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Mudou-se o modelo de atenção mental por serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Com isso, a própria comunidade e a família tornaram-se parte da rede social que se constitui em torno desses serviços, com ênfase na desinstitucionalização do doente mental. E, estimulados por essa legislação, vários estados brasileiros elaboraram e aprovaram projetos de lei com o mesmo propósito.

| 2. CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em São Paulo, no ano de 1987. Com recursos federais e de caráter público, esse novo serviço veio atender a demanda de atendimentos em saúde mental, tendo recebido o nome, a princípio, de Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, com a sigla CAPS, que foi seguida posteriormente em todo o país pelos próprios usuários do serviço. O centro tornou-se um modelo institucional para os demais CAPS brasileiros. (GOLDBERG, apud PITTA, 1996).

O CAPS se tornou um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dependência química e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços

familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Figura 10: Rede de atenção à saúde mental pelo SUS



Fonte: Ministério da Saúde. Acesso em 31 out 2021

Aos poucos foi sendo edificada a ideia dos centros de atenção psicossocial como espaços que geram a reabilitação psicossocial, que se diferenciam enquanto uma modalidade de assistência pública em saúde mental individual e coletiva, que procuram a criação de uma ética e política ajustadas em saúde mental (SAMPAIO; SANTOS apud PITTA, 1996) e procurariam partir com o sentido de manter incluso, que caracterizava o modelo hospitalar de atendimento em saúde mental, o que ainda vinha problematizar a questão da cidadania daqueles ditos “insanos”.

| 2.1 ESPAÇOS PARA CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS (Rede de atendimento Psicossocial): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar. Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade.

Atualmente, há cinco tipos diferentes de CAPS, que são:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Segundo Brasil, (2004) Os CAPS devem contar com espaço próprio e preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente contingente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

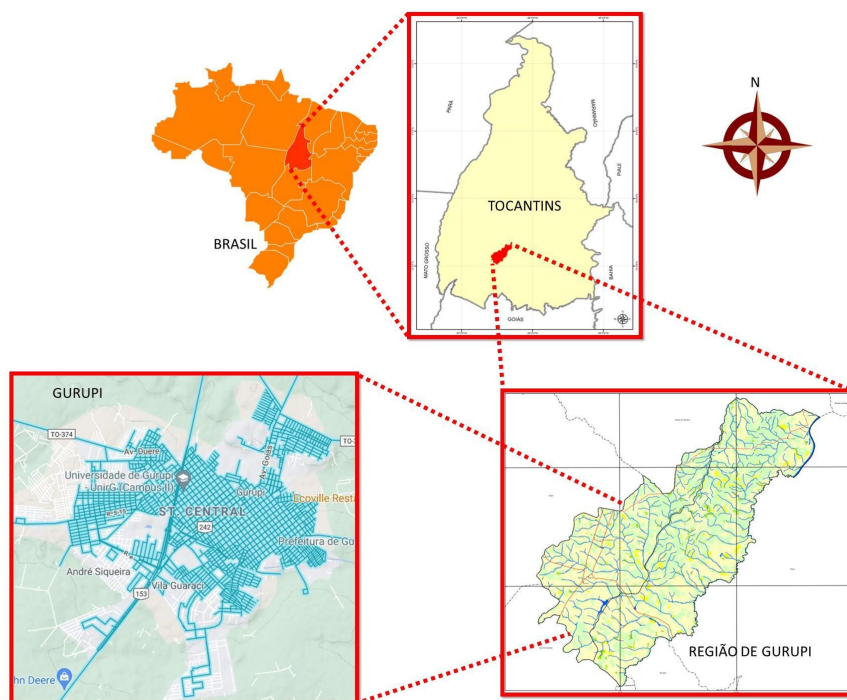
| 3. GURUPI

Gurupi é um município brasileiro do Estado do Tocantins. Localiza-se ao sul do Estado, às margens da BR-153 (Rodovia Belém-Brasília), a 238,1 km de Palmas,

a capital do Estado, e a 742 km de Brasília. Fica no divisor de águas entre os rios Araguaia e o Tocantins. Sua população estimada em 2020 foi de 87.545 habitantes.

A cidade de Gurupi é considerada a terceira maior cidade do Tocantins, sendo o polo regional de toda a região Sul do estado, tem como principal fonte de renda a pecuária, a agricultura, o funcionalismo público, havendo também um grande destaque como centro regional de comércios e serviços, bem como um polo universitário, por ter quatro instituições de ensino superior, sendo elas, duas federais (IFTO E UFT), uma particular (UNOPAR) e uma instituição pública municipal (UNIRG).

Figura 11: Localização geográfica de Gurupi perante o Estado do Tocantins



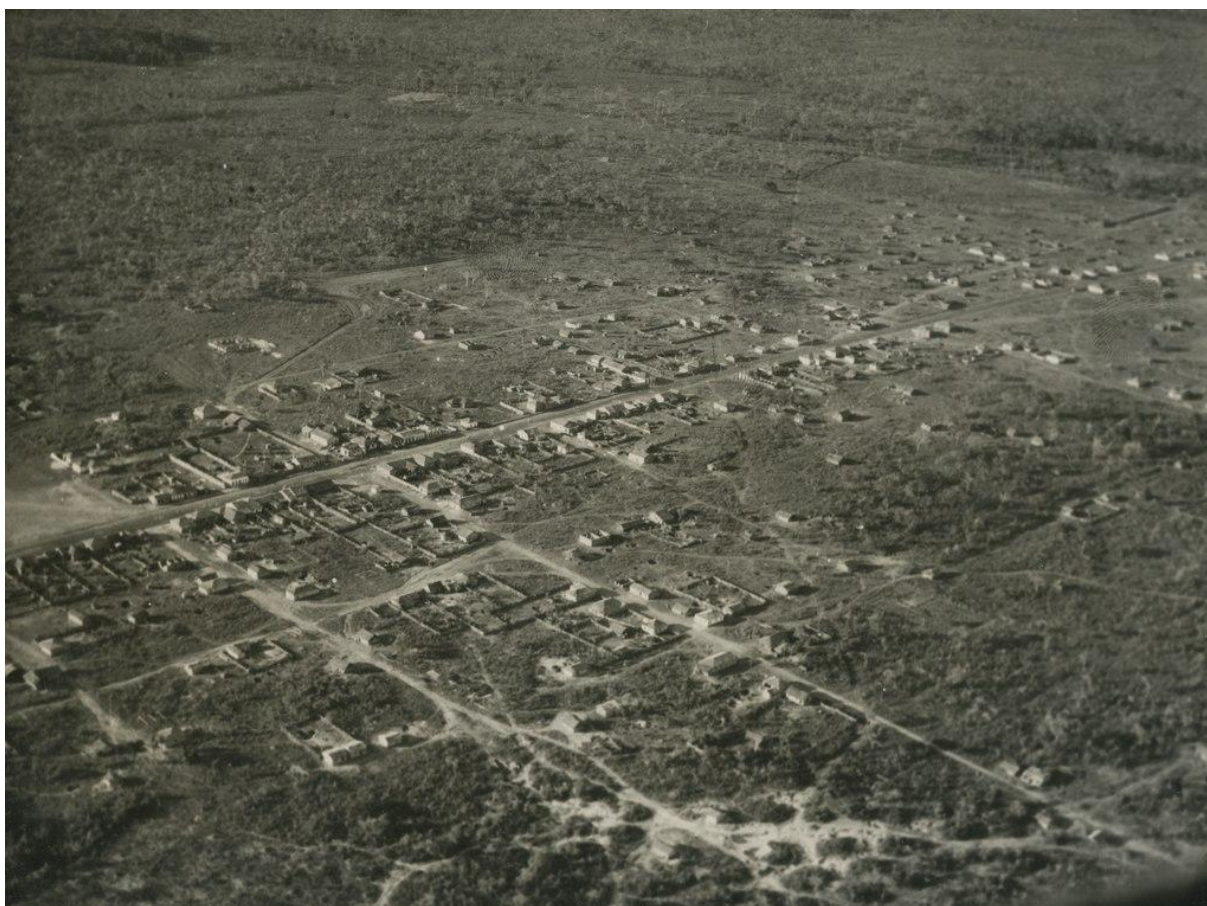
Fonte: Autoral, 2021

| 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE GURUPI

A ocupação não indígena ocorreu em 1932, quando Benjamin Rodrigues por ali penetrou, campeando uma tropa de burros que lhe escapara no município de

Peixe. Entretanto, somente a partir de 1946 é que exploradores, procedentes de Dueré, Porto Nacional e outras regiões do norte, fixaram-se no lugar, dando início a formação do arraial. Concorreu fortemente para o seu desenvolvimento a inclusão de Gurupi no projeto da rodovia BR-14, ou Belém-Brasília, quando se fez uma planta urbanística da cidade, com localização da igreja matriz e a abertura das principais avenidas, sua topografia plana facilitou o desenho urbano em grelha, com quadras pequenas, em expansão radial.

Figura 12: Fotografia aérea de Gurupi em 1958



Fonte: Foto documental disponibilizada no Arquivo Nacional.

Com a constante chegada de colonos e aventureiros, o crescimento das lavouras e da criação de gado, as cabanas de pau-a-pique e ranchos de sapé foram cedendo lugar a construções sólidas de alvenaria; ainda no início da década de

1950. Em 1956, elevou-se o povoado a Distrito, pertencente a Porto Nacional e, em 1958, alcançou sua emancipação político-administrativa, dando-se a instalação no ano seguinte.

Segundo o documentário de Idarte Audiovisual, com apoio do CREA-TO “Projeto Cidades: Gurupi-TO” a cidade sofreu duas fortes influências pelos seus migrantes. Os primeiros migrantes, vindos de regiões nordestinas, principalmente do Maranhão, Piauí e Ceará, com construções em estilo rural, de fachadas em janelas presentes e portas estáveis (porta holandesa), com testada rente a calçada. Com a criação da Rodovia Belém Brasília e facilitando a chegada de migrantes fora do eixo Norte e Nordeste, com predominância de goianos e paulistas, influenciados pela criação de Brasília, casas em modernismo vernacular se tornaram predominantes com concreto e vidro presentes. As casas de Gurupi foram construídas diretamente na alvenaria cerâmica, sem haver a transição da palha ou da taipa, com pouquíssimos registros de casas de adobe.

Figuras 13, 14, 15 e 16: Tipologias arquitetônicas em Gurupi-TO



Fonte: Autoral, 2021

| 4.TEORIA E FUNDAMENTO

Para a elaboração do projeto, foram estudadas técnicas de aplicação conceitual e prática para a realização desse Trabalho de Conclusão de Curso. Para tal, foi estudada a interdisciplinaridade entre a arquitetura e a saúde mental, onde foi encontrados estudos a respeito dos estímulos mentais através da paisagem e a intenção de tornar a arquitetura como um elemento filosófico, de apoio aos usuários do Sistema CAPS.

| 4.1. Topofilia

Segundo o geógrafo Milton Santos “Cada lugar é, à sua maneira, o mundo [...] mas também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna se exponencialmente diferente dos demais [...]” (SANTOS, 2006), Topofilia faz parte da chamada Geografia Humanista, surgida na década de 70, quando certas perguntas da Geografia, deixaram de haver respostas técnicas, e entram no campo da subjetividade.

Tuan desenvolve sua estrutura teórica a respeito de topofilia como o sentimento de afeição das pessoas pelo lugar e a sua percepção do ambiente vivido (TUAN, 1980). Segundo Tuan (1983), o sentido de lugar é demonstrado quando as pessoas aplicam seu discernimento moral e estético aos sítios e localizações, com profundo envolvimento emocional. Desta maneira, os lugares transformam-se no que Relph definiu como “espaço vivido” ou “espaço existencial”, ou no que Buttmer denominou “mundo vivido”, sendo que este exprime uma relação existencial que o indivíduo estabelece com os lugares, refletindo seu pertencimento a um determinado grupo, num determinado lugar (FERREIRA, 2000).

| 4.2. Biofilia

As relações estabelecidas entre os seres humanos e a natureza fomentaram alterações significativas na percepção e representação dos elementos naturais ao longo do seu percurso evolutivo. Etimologicamente, Biofilia é o amor à vida, termo usado pela primeira vez pelo psicólogo Erich Fromm em 1964 e maior divulgado nos anos 80 pelo biólogo Edward O. Wilson, em estudos sobre a relação entre os humanos e seu habitat primário: a paisagem natural, em um alerta sobre como a urbanização começou a promover uma forte desconexão com o planeta.

Aplicada a arquitetura, busca a harmonia entre o espaço natural e artificial, trabalhada principalmente na área de paisagismo. Os conceitos adotados de design biofílico a este projeto de reforma visa configurar um alto nível de salubridade ao equipamento, trabalhando as relações entre indivíduo e natureza e se traduzindo em um espaço que também funcione de refúgio urbano e incentive a conexão dos seus usuários com os elementos naturais, trabalhando a nível de saúde fisiológica e psicológica de modo a trazer as sensações de conforto, calma e familiaridade.

| 4.3 Regionalismo Crítico

Regionalismo Crítico foi um termo usado primeiramente por Alexander Tzonis e Liane Lefaivre para designar uma arquitetura que tenta se opor ao deslocamento e falta de significado na Arquitetura Moderna, usando forças contextuais para devolver-lhe um senso de lugar e significado. O termo foi apropriado por Kenneth Frampton, em seu artigo “Por um regionalismo crítico: seis pontos para uma arquitetura de resistência”.

De acordo com Frampton, o Regionalismo Crítico deveria adotar arquitetura moderna criticamente, por suas qualidades progressivas universais, mas ao mesmo

tempo deveria avaliar melhor sua inserção no contexto. Apropriando-se de argumentos fenomenológicos, sugere que a ênfase deveria estar na topografia, no clima, na luz, na forma tectônica, e calcada em um estudo das tradições e história locais, em lugar da cenografia, e do senso tátil em lugar do senso visual.

Quadro 1: Tabela de Síntese de Teoria e Fundamento adotados

Topofilia	Adotar elementos identitários através de um estudo sobre as tipologias arquitetônicas da cidade, bem como do Tocantins e do Cerrado.
Biofilia	Utilização de iluminação natural, conforto ambiental, paisagismo com preferência em espécies nativas.
Arquitetura Sensorial	Estudos de texturas, luz e cores, bem como árvores frutíferas, aspersores para a utilização de elemento água, que toca o solo fazendo o som, o toque e o gosto da água.

| 4.4 Arquitetura Sensorial

Usando fundamentos das obras de Juhanni Pallasmaa “O Habitat” e “Os olhos da Pele” como referencial teórico do trabalho em busca de uma subjetividade biológica através do sentidos para a exploração do espaço, que estimule o sons, o tato, a visão e o paladar através ou não da sinestesia. Para isso, o uso de texturas dos materiais, elementos sonoros do movimento no espaço, cores aplicadas, aromas e sabores dos elementos naturais são explorados para uma experiência sensorial e afetividade do espaço, em que o mesmo busca se assemelhar a uma casa.

Pallasmaa (2011), afirma que “o olho é o órgão da distância, enquanto o tato é o sentido da proximidade, intimidade e afeição” e faz uma categorização de

diferentes tipos de arquitetura segundo os principais sentidos estimulados por elas: Arquitetura Visual, com exemplos de Richard Meyer e Le Corbusier, com a ideia de *promenade architecturale*, o processo da absorção dos caminhos através, primordialmente, da visão; Arquitetura Tátil, com exemplos de Erich Mendelson e Hans Scharoun; e Arquitetura de Experiência Sensorial, com exemplos de Glenn Murcutt e Peter Zumthor, em se tratando de uma maior abrangência de sentidos explorados

| 5. ESTUDOS DE CASO

| 5.1 Casa estúdio - Cidade do México, México

Localizada na rua General Francisco Ramírez, no antigo bairro de Tacubaya, sob o projeto de Luis Barragán, a casa estúdio é um ícone da arquitetura moderna, tombada pela UNESCO. Suas cores, formas e texturas representam a ruptura dos padrões modernistas clássicos, contrapondo-se à clareza e trazendo um novo conceito de simplicidade plástica trazendo vivacidade.

Figuras 17 e 18: Sala da Casa Estúdio de Luis Barragán





Fonte: Archdaily. Acesso em 31 out 2021

| 5.2 Câmara Municipal de Saynatsalo, Finlândia

Em tijolo, madeira e vidro, o projeto de Alvar Alto, segue o tradicional modelo europeu de pátio e torre de um centro cívico. O complexo consiste em dois edifícios de tijolos estruturados em madeira: um bloco retangular da biblioteca e o edifício do governo em forma de U. Esses dois edifícios atuam como um muro de contenção que permitiu a Aalto preencher o pátio central com terra escavada da encosta do local; Assim, o pátio é levantado um pavimento acima da paisagem circundante.

Figuras 19 e 20: Exterior e interior da Câmara Municipal



Fonte: Archdaily. Acesso em 31 out 2021

| 5.3 Centros Maggie, Reino Unido

Os Maggie's Centres são uma rede de centros de cuidados intensivos para o tratamento de pessoas afetadas pelo câncer. Desde a inauguração de sua primeira sede, a instituição tem incumbido aos mais importantes e reconhecidos nomes da arquitetura contemporânea, a difícil tarefa de projetar espaços capazes de renovar as esperanças destas pessoas, ajudando-as a encontrar forças e manterem-se positivas na luta contra o câncer. Localizada em Dundee no Reino Unido, a obra de

Frank Ghel, segue a premissa dos Centros de não se parecerem com um hospital e sim, como uma casa singela e irreverente.

Figuras 21 e 22: Exterior e Interior do Centro Maggie de Frank Ghel



Fonte: Archdaily. Acesso em 31 out 2021

Quadro 2: Tabela de Síntese de Aplicabilidades Adotadas

Casa estúdio	Pensar a arquitetura como um elemento de contemplação bem como sua ideia popular e coletiva. Aplicado em projeto com estudo de luz e cores bem elaboradas.
Câmara Municipal de Saynatsalo	Utilização da madeira e do vidro nas esquadrias, bem como o tijolo cerâmico nas paredes externas.
Centros Maggie	A primazia de se criar equipamentos de saúde que rompam com o modelo hospitalar. Mobiliários que priorizem o conforto, que lembrem um lar.

| 6. IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA CAPS EM GURUPI-TO

Entrevistando a Terapeuta Ocupacional Janilva Maria da Silva, a primeira Instituição tocantinense adaptada ao Sistema CAPS foi este objeto de estudo, implantado em Gurupi no ano de 1997, de forma adaptada, uma área cedida do espaço Sindicato Rural de Gurupi. Assim sendo, O CAPS realizou suas primeiras atividades em ambiente provisório por poucos meses, até a construção de seu próprio espaço, na Avenida Bahia, entre as ruas Francisco Abreu e a Erlackson Leitão Brito, área conhecida por ter sido sede administrativa de fator social, como o centro de distribuição gratuita de leite de soja ofertada pela prefeitura à população, ganhando o nome de CAPS III Dra. Sandra Nascimento Oliveira Paiva, em memória da homônima psicóloga e servidora Pública do estado do Tocantins, que trabalhou no CAPS de Gurupi desde sua implantação até 2011, quando faleceu de complicações em decorrência de um câncer, que tratava desde 2003.

Figura 23: Foto das primeiras atividades do CAPS em Gurupi.



Fonte: Acervo do Caps III Dra Sandra Nascimento de Oliveira Paiva

Com o trabalho de Sandra Nascimento, Janilva Maria da Silva e outros profissionais, o sistema CAPS de Gurupi conta com 2 unidades, um CAPS AD III e um CAPS III operando como CAPS I, atendendo aproximadamente 3000 pessoas.

Quadro 3: Atendimento do CAPS em Gurupi

Cadastrados	2989
Pacientes em semi intensivo	108
Pacientes não intensivos, pacientes novos e acolhimento	100

Municípios assistidos	17
-----------------------	----

Fonte: Dados disponíveis no CAPSIII Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva

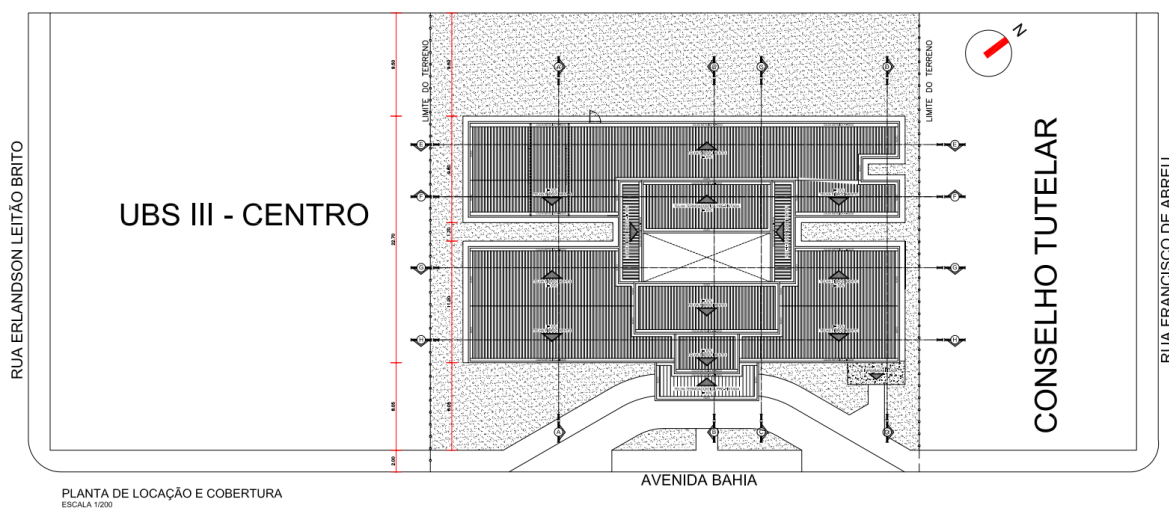
O CAPS seguiu com suas atividades até que, em 2017, passou por uma reforma seguindo os modelos da secretaria da saúde para projetos de equipamentos da saúde no formato CAPS III, com a responsabilidade técnica de Silenio Camargo, sendo reinaugurado dia 30 de agosto de 2019.

Figura 24: Planta de layout do Caps III de Gurupi, projeto de Silênio Camargo



Acesso em 31 out 2021

Figura 25: Planta de Implantação do Caps I de Gurupi



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Tocantins. Acesso em 31 out 2021.

Figura 26: Fachada do CAPSIII



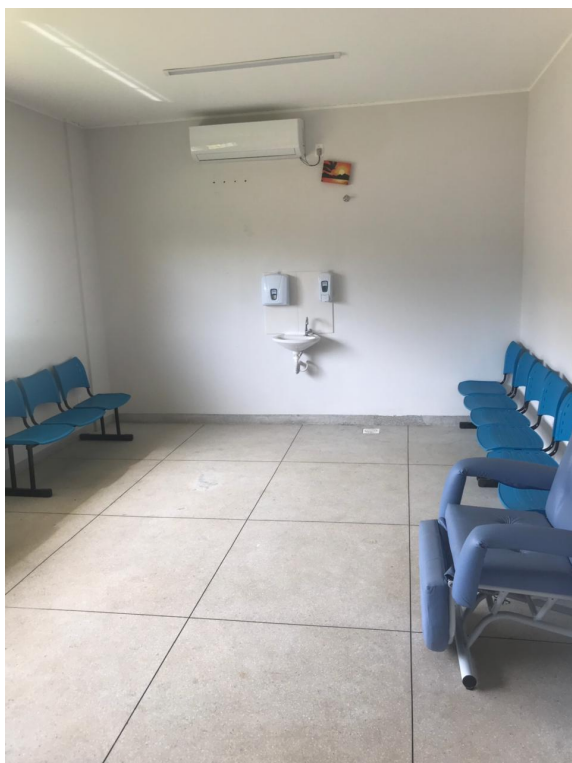
Figuras 27 e 28: Refeitório e corredor de acesso às salas de atividades coletivas, respectivamente



Figura 29: Jardim de Inverno (Solarium)



Figura 30, 31, 32 e 33: Respectivamente, Salão de beleza, sala de atividades coletivas 1 e sala de atividades coletivas 2, placa em homenagem a Sandra Nascimento de Oliveira localizada em um dos corredores



Fonte das fotos 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33: Autoral.

Para a requalificação do espaço, a obra enfrenta um grande desafio: cumprir com a proposta original de ser um CAPS III, incluindo espaços de internação, já previsto em projeto, no entanto, enfrenta desafios administrativos, que acaba por receber verbas na tipologia CAPS I, sem internação, embora os funcionários relatam que realizam internações, até de forma superior a quantidade de leitos disponíveis.

Quadro 4: Programa de necessidades CAPSIII original

Recepção	30,00m ²
Banheiro Adaptado Feminino	13,35m ²
Banheiro Adaptado Masculino	13,35m ²
Sala de Atividades Coletivas 01	26,40m ²
Sala de Atividades Coletivas 2	26,40m ²
Sala de Atividades Coletivas 3	22,05m ²
Depósito 1	3,08m ²
Depósito 2	3,08m ²
Sala de Atendimento Individual 1	9,24m ²
Sala de Atendimento Individual 2	9,24m ²
Sala de Atendimento Individual 3	9,04m ²
Farmácia	7,40m ²
Sala de Reuniões	19,06m ²
Lanchonete	16,00m ²
Depósito de Materiais de Limpeza	4,86m ²
Sala Administrativa	13,08m ²
Arquivo	6,03m ²
Almoxarifado	6,93m ²
Banheiro 1	4,05m ²
Banheiro 2	4,05m ²

Banheiro 3	4,65m ²
Banheiro 4	3,87m ²
Quarto acolhimento 1	9,30m ²
Quarto Acolhimento 2	9,30m ²
Quarto Acolhimento 3	13,95m ²
Rouparia	4,65m ²
Sala Medicação	7,13m ²
Enfermagem	7,13m ²
Quarto Plantão	9,61m ²
Vestiário Feminino	9,45m ²
Vestiário Masculino	9,45m ²
Circulação serviço	4,65m ²
Cozinha	35,03m ²
Refeitório	60,63m ²
Despensa	5,42m ²
Espaço de Convivência Interna	56,40m ²
Espaço de Convivência Externa	52,65m ²

Atualmente o edifício dispõe de outro programa, com a adaptação de um projeto CAPS III para um CAPS I, onde estava proposto o Quarto Plantonistas, agora é a Sala Triagem, a Sala de Reuniões se tornou Repouso Funcionários, a Sala Administrativa se manteve sendo a sala do Coordenador, a Lanchonete foi adequada para ser Cozinha Interativa, parceria da UFT câmpus Gurupi com a Instituição, onde se fabricam sabonetes. Em uma análise pós ocupacional de mobiliário, não há nenhum tipo de assento no espaço de convivência interna (onde há iluminação zenital). A farmácia se encontra no quarto de plantonistas, a área externa é grande e se encontra subutilizada.

A planta baixa apresenta o seguinte layout:

- Área Superior:** COZINHA, DESPESA, REFEITÓRIO, WC MASCULINO, WC FEMININO, BANHEIRO, SALA DE TRIAGEM (ALTA ALTERAÇÃO), ENFERMAGEM, SALA DE REGISTRAÇÃO, BOFARMIA, OBSERVAÇÃO CLÍNICA (BAIXA ALTERAÇÃO), BANHEIRO.
- Área Central:** ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA INTERNA.
- Área Inferior Central:** ÁREA EXTERNA CONVIVÊNCIA.
- Lado Esquerdo:** SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL 1, 2, 3; SALA DE ATIVIDADES COLETIVAS 3, 2; SALA DE ATIVIDADES COLETIVAS 1; DEPÓSITO; SANITÁRIO ADAPTADO MASCULINO.
- Lado Direito:** BANHEIRO, QUARTO COLETIVO, QUARTO INDIVIDUALS, QUARTO ACOSSAMENTO, BANHEIRO; DML, COORDENAÇÃO (BAIXA ALTERAÇÃO), ARQUIVO, ALMOXARIFADO; PANFARIA, SANITÁRIO ADAPTADO FEMININO, DESCANSO FUNCIONÁRIOS (ALTA ALTERAÇÃO), COZINHA INTERATIVA (BAIXA ALTERAÇÃO).

LEGENDA

- ALTA ALTERAÇÃO (Cor vermelha)
- BAIXA ALTERAÇÃO (Cor verde)

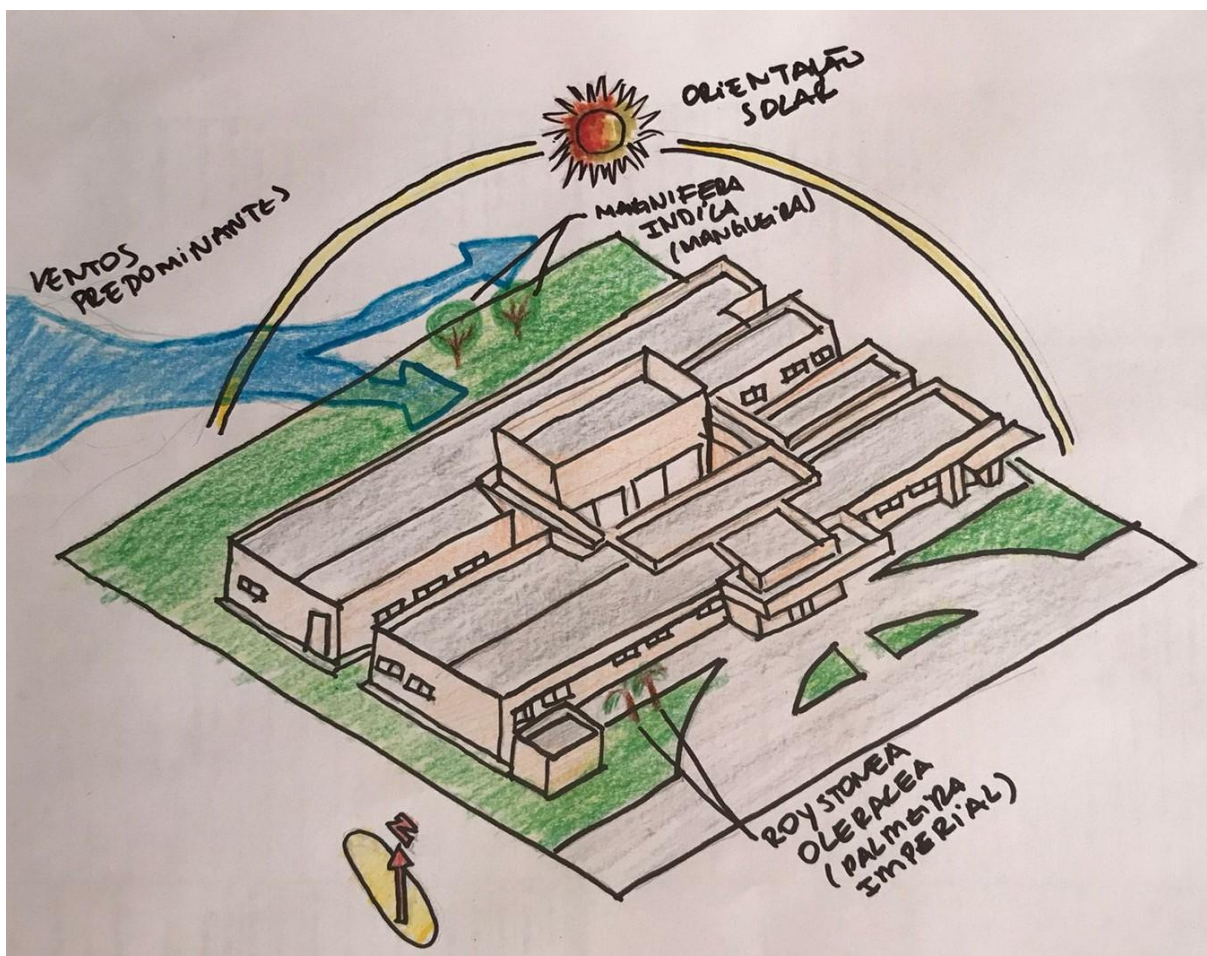
Figuras 35 e 36: fotos da Cozinha Interativa



| 7. CONDICIONANTES CLIMÁTICOS

Localizado no eixo Leste do Plano Diretor de Gurupi, o CAPSIII Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva tem o sol nascendo a Sudeste e se põe ao Noroeste, e os ventos predominantes são a Noroeste.

Figura 37: Esquema de Condicionantes Climáticos do CAPSIII Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva



Fonte: Autoral, 2021

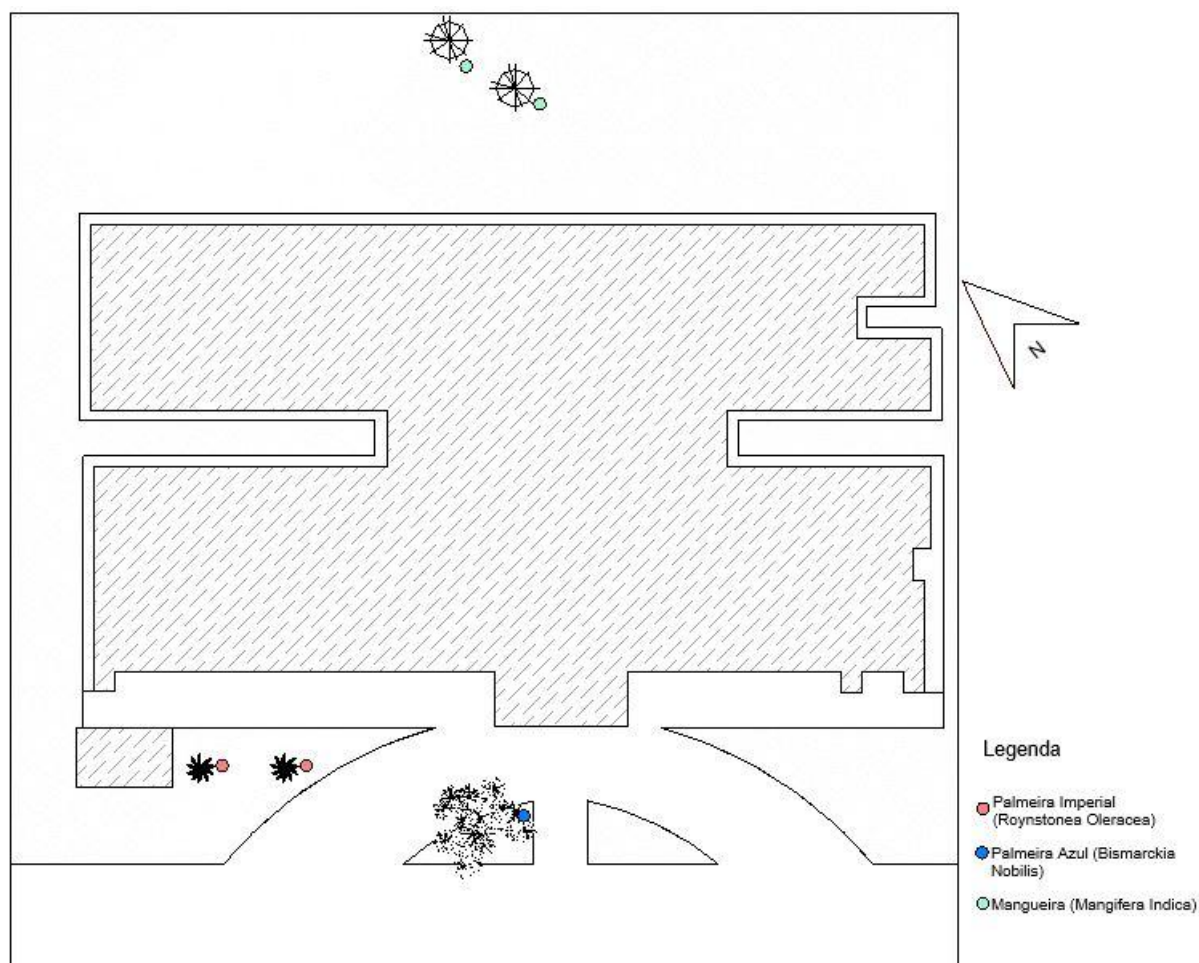
| 7.1. LEVANTAMENTO ARBÓREO

O contato da natureza através de exercícios ao ar livre, jardinagem, plantio, ou simplesmente a contemplação da paisagem natural reduz o estresse, a ansiedade e auxilia a memória, a privação da natureza é um atentado à vida (JAMES et al). Atualmente no projeto, há cinco árvores plantadas em torno do

edifício, sendo três em fase adulta e da tipologia palmeira, e duas frutíferas em mudas jovens.

Imagem 38: Levantamento arbóreo existente no CAPSIII Dra Sandra Nascimento

Oliveira Paiva



Fonte: Autoral, 2021

Atualmente há cinco árvores circundando o edifício em cerca de 750 m² de área não construída. No entanto, em minha visita ao CAPS no dia 25 de outubro, uma terapeuta ocupacional do Caps, chamada Aurenita Monteiro, que estava plantando aos fundos do loteamento, pequenas mudas de mandioqueiro, limoeiro,

bananeira e mangueira, me disse que a proposta era de fazer um pomar, por ser de baixa manutenção, uma vez que o CAPS não funciona nos fins de semana e reclamou dos entulhos no fundo do lote das construções lindeiras.

| 7.1.1. PROPOSTA ARBÓREA

Como proposta, desenvolver o arborismo através das paisagens naturais de Gurupi, com árvores comuns da cidade, tanto as árvores nativas (como a Paineira Lisa) e exóticas (como a Mangueira), dando preferência à árvores de flores coloridas. no Solarium do projeto, serão implantadas plantas de médio e pequeno porte, com um aspersor instalado superiormente, nas paredes, para a hidratação da planta, controle de temperatura e experiência sensorial dos usuários do ambiente (ver implantação de árvores na prancha 4).

Quadro 5: Lista de árvores a serem implantadas no CAPSIII Dra Sandra Nascimento Oliveira Paiva

Nome científico	Nome popular	Origem	Porte	Cor da flor	Imagem
Eriotheca gracilipes	Paineira Lisa	Nativa	Grande	Branca	
Handroanthus impetiginosus Mattos	Ipê Roxo, Ipê Rosa	Nativa	Grande	Rosa/Roxa	

Mangifera indica	Mangueira	Exótica	Grande	Amarela	
Bauhinia variegata	Pata de vaca	Exótica Brasileira	Grande	Roxa	
Pterodon emarginatus Vogel	Sucupira Lisa	Nativa	Grande	Roxa	
Citrus Limon	Limoeiro	Exótica	Médio	Branca	
Musa	Bananeira	Exótica	Médio	Vermelha	
Russelia Equisetiformis	Flor de Coral	Exótica	Pequeno	Vermelha	
Plectranthus scutellarioides	Coléus	Exótica	Pequeno	Roxa	

Agave Attenuata	Agave Dragão	Exótica	Pequeno	Verde Amarelado	
Strelitzia reginae	Ave do Paraíso	Exótica	Pequeno	Laranja	
Hosta spp	Hosta	Exótica	Pequeno	Branca	
Ravenala madagascariensis	Árvore do Viajante	Exótica	Grande	Vermelha	
Dracena marginatta	Dracena Tricolor	Exótica	Pequena	Branca	

| 8. CONCLUSÕES ACERCA DOS ESPAÇOS PARA CAPS NO TOCANTINS

A criação do CAPS, um resultado de lutas antimanicomiais de valorização a vida que, segundo (BRASIL, 2015) surge como modelo substitutivo ao asilar, portanto, anti internação, através da participação comunitária, busca-se integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. As

instalações, por vezes, destoam do desafio da reforma psiquiátrica, tendo a forma de atendimento de saúde, como as UBS.

Figura 39: Fachada CAPS AD III em Gurupi-TO.



Fonte autoral, 2021

Figura 40: Fachada UBS em Gurupi-TO.



Fonte autoral.

Figura 41: Fachada CAPS III em Gurupi-TO.



Fonte autoral,2021

Figura 42: Recepção CAPS AD III em Gurupi.



Fonte autoral, 2021

Figura 43: Recepção UBS em Gurupi. Fonte autoral



Fonte autoral, 2021

Figura 44: Fachada do CAPS AD III em Palmas. Fonte: Acervo de Patrícia Orfila



Fonte: Acervo de Patrícia Orfila

Figura 45: Fachada CAPS AD III em Palmas.



Fonte: Acervo de Patrícia Orfila

Figura 46: Fachada CAPS AD III em Palmas.



Fonte: Acervo de Patrícia Orfila

Desta forma, o processo de vivência de uma experiência social de reinvenção da loucura e seu processo de conquista através da não hospitalização do sujeito que sofre, as reformas e rupturas de modelos asilares através do seu livre arbítrio contrastam com uma arquitetura estruturada no hospitalocentrismo, demonstrando que o progresso da promoção de espaços para a loucura não acompanha o progresso das ciências da saúde mental.

| 9. MATERIAIS EMPREGADOS

Nas paredes externas serão aplicadas placas cerâmicas de revestimento, material popular no Brasil, realizando maior conforto térmico e acústico as paredes, além de ter uma textura estimulante ao tato, é um material aconchegante às memórias afetivas, por ser bastante empregado as residências brasileiras desde as casas com alto investimento em sua construção, como nas baixas. Nas paredes

internas, serão aplicadas tinta acrílica na cor Galho Seco, mantendo uma cartela de cores quentes da fachada, continuando na premissa do aconchego visual, no refeitório, uma parede terá um cobogó ornamental cerâmico sobre a superfície de uma das paredes. As janelas serão de madeira, tanto de correr como de abrir, com ou sem venezianas. As portas, também de madeira, algumas com talhamento em relevo, outras com aplicações de vidro.

Os brises, em madeira, com aplicação de muxarabi em palha, para o controle da iluminação interna, sendo a mesma de correr e rotacionar o próprio eixo podendo ser localizada no período e horário mais adequado, além da possibilidade de ser manipulado por mera exploração do ambiente. Os pisos internos remeterão aos ladrilhos hidráulicos, com paginação mosaical em ambientes específicos (ver prancha 4), enquanto o externo, um calçamento em tons semelhantes aos blocos intertravados que são o material da calçada da rua externas. O forro, em madeira, traz conforto térmico do material, além de seu valor sensorial. Sobre os mobiliários, as mesas e as camas são em madeira, e as escolhas por cores e texturas sóbrias (ver prancha 2).

| 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de pesquisas, visitas in loco e entrevistas, foi possível compreender os desafios que os Centros de Apoio Psicossocial enfrentam em superar o manicomialismo em um exercício de dignidade que a saúde pública presta à sociedade a quem padece de sofrimento psíquico. Os espaços edificados têm o poder de impactar e transformar a realidade das pessoas, que, aliado a uma arquitetura intencional e qualificada, através das aplicabilidades escolhidas de topofilia, biofilia e regionalismo crítico, trazer sensações de inclusão, acolhimento e dar liberdade para os pacientes de um CAPS.

Propor uma requalificação de um CAPS e reiterar a necessidade de um olhar sensível, para além da arquitetura hospitalar é importante, pois um CAPS é mais que uma instalação de saúde básica, é, para muitos, a reinserção à sociedade, e, para tal, o espaço deve ser acolhedor e que preste assistência social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVEIRA, Fernando de Almeida; SIMANKE, Richard Theisen. **A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault**. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21, n. 1, p. 23-42, 2009.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio; o circuito psiquiátrico de Trieste. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1994. p. 149-69.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, p. 453-464, 2008.

DESVIAT, Manuel. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina-a psiquiatria coletiva no Brasil. In: **A reforma psiquiátrica**. 1999. p. 135-54.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; SIMANKE, Richard Theisen. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 23-42, 2009.

MATIAS, Kamilla Dantas. **A Loucura na Idade Média. Ensaio Sobre Algumas Representações**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 25-59, 2002.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, p. 33-49, 2005.

DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO, Marianna Lima; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes; COUTINHO, Domingos Macedo; ROCHA, Clarissa Carvalho Moura. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: Um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights-WHO. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 760-771, 2015.

AMARANTE, Paulo (Ed.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

BITTENCOURT, Camila Rocha. **Arborização das praças das quadras do plano diretor de Palmas-TO**. 2020.

PALLASMAA, Juhani. **Os olhos da pele: a arquitetura e os sentidos**. Artmed Editora, 2009.

PALLASMAA, Juhani. **As mãos inteligentes: a sabedoria existencial e corporalizada na arquitetura**. Bookman Editora, 2013.

TUAN, Yi-Fu. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. SciELO-EDUEL, 2012.

DE LIMA GUIMARÃES, Solange Terezinha. Reflexões a respeito da paisagem vivida, topofilia e topofobia à luz dos estudos sobre experiência, percepção e interpretação ambiental. **Geosul**, v. 17, n. 33, p. 117-142, 2002.

VILLAROUCO, Vilma et al. **Neuroarquitetura: a neurociência no ambiente construído**. Rio Books, 2021.

ZANATTA, Amanda Amorim et al. Biofilia: produção de vida ativa em cuidados paliativos. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 949-965, 2019.

FRAMPTON, Kenneth. Hacia un regionalismo crítico: Seis puntos para una arquitectura de resistencia. **La posmodernidad, Kairós, Barcelona**, p. 37-58, 1985.

MARTINS, Ana Maria Tavares; VIRTUDES, Ana Lúcia; DE SAMPAYO, Mafalda Teixeira. ARQUITECTURA DE LUÍS BARRAGÁN: apropriação e influências na contemporaneidade. **CEAA I Centro de Estudos Arnaldo Araújo (FCT uID 4041)**, p. 207, 2012.

SANTOS, Milton. O papel ativo da Geografia. Um manifesto. **Revista Tamoios**, v. 2, n. 1, 2006.

DELGADO, JOAO PAULO. O Lugar da Arquitectura. **G. d. Arquitectura, Ed.) GEHA-Grupo de Estudos de História da Arquitectura**, n. 2/3, p. 255-264.

TAWAB, Ayman Abdel. Humane Considerations in Architecture and the Outstanding Universal Significance of 20 th Century Cultural Heritage: The Case of Paimio Hospital in Finland. **Landscape Architecture and Regional Planning**, v. 3, n. 2, p. 34, 2018.

REAL, Isadora Wagner Corte. Ensaio sobre a cura. 2018.

DOS REIS, Patrícia Orfila Barros; MENESES, Bruna; MARX, Estéfani. A modernidade na obra do arquiteto Pedro Lopes Júnior. **Revista Amazônia Moderna**, v. 1, n. 1, p. 106-125, 2017.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, **Hucitec**, 1996. p. 55-9

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saude Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios. Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e UA.** Brasília, 2015.

Projeto Cidades: Gurupi-TO Idarte visual. 2012

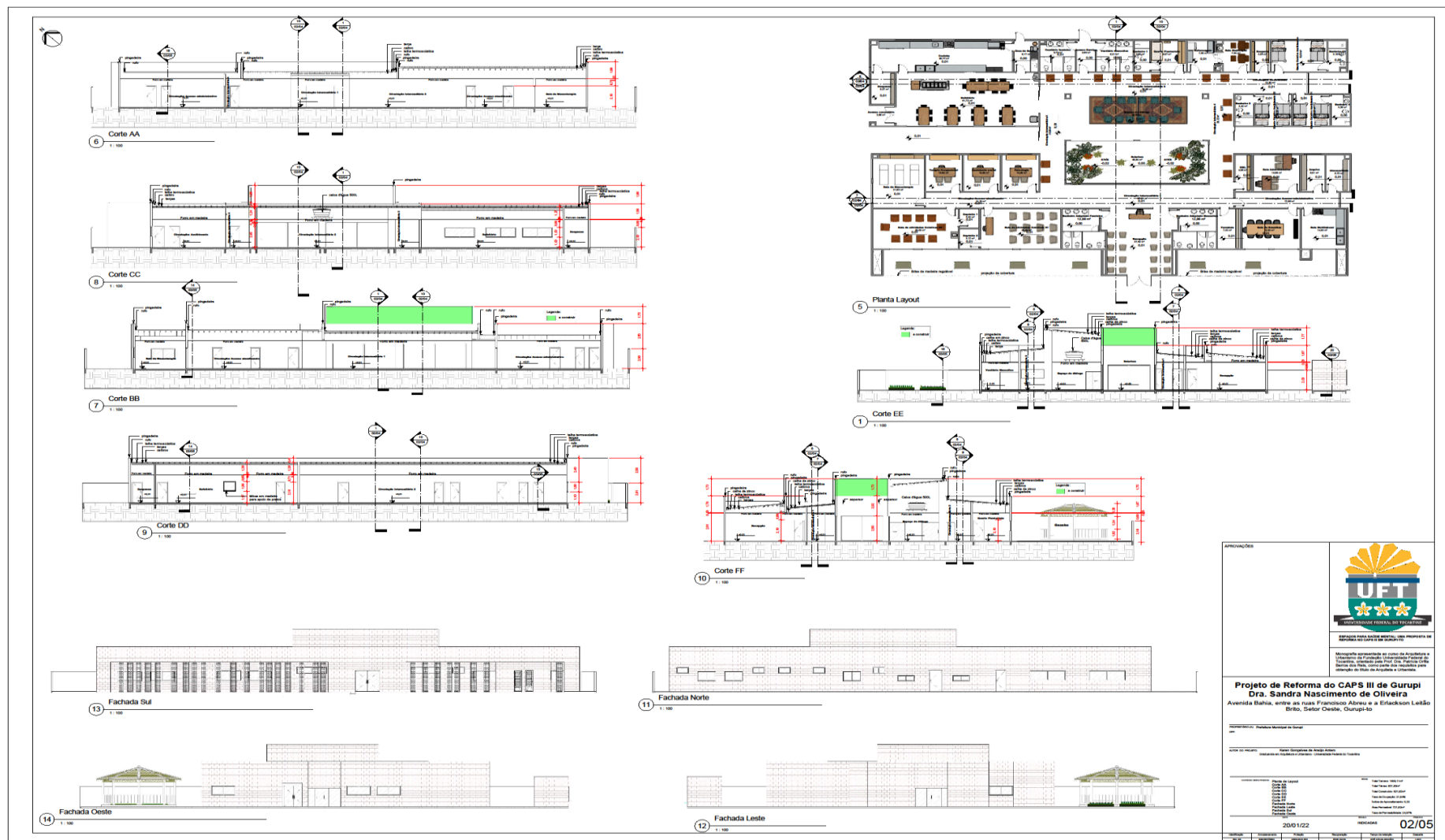
TOCANTINS, Fundação Municipal do Meio Ambiente de Palmas. **Plano de Arborização Urbana de Palmas.** Palmas, 2016.

TOCANTINS, Fundação Municipal do Meio Ambiente de Palmas. **Manual de Arborização Urbana de Palmas.** Palmas, 2016.

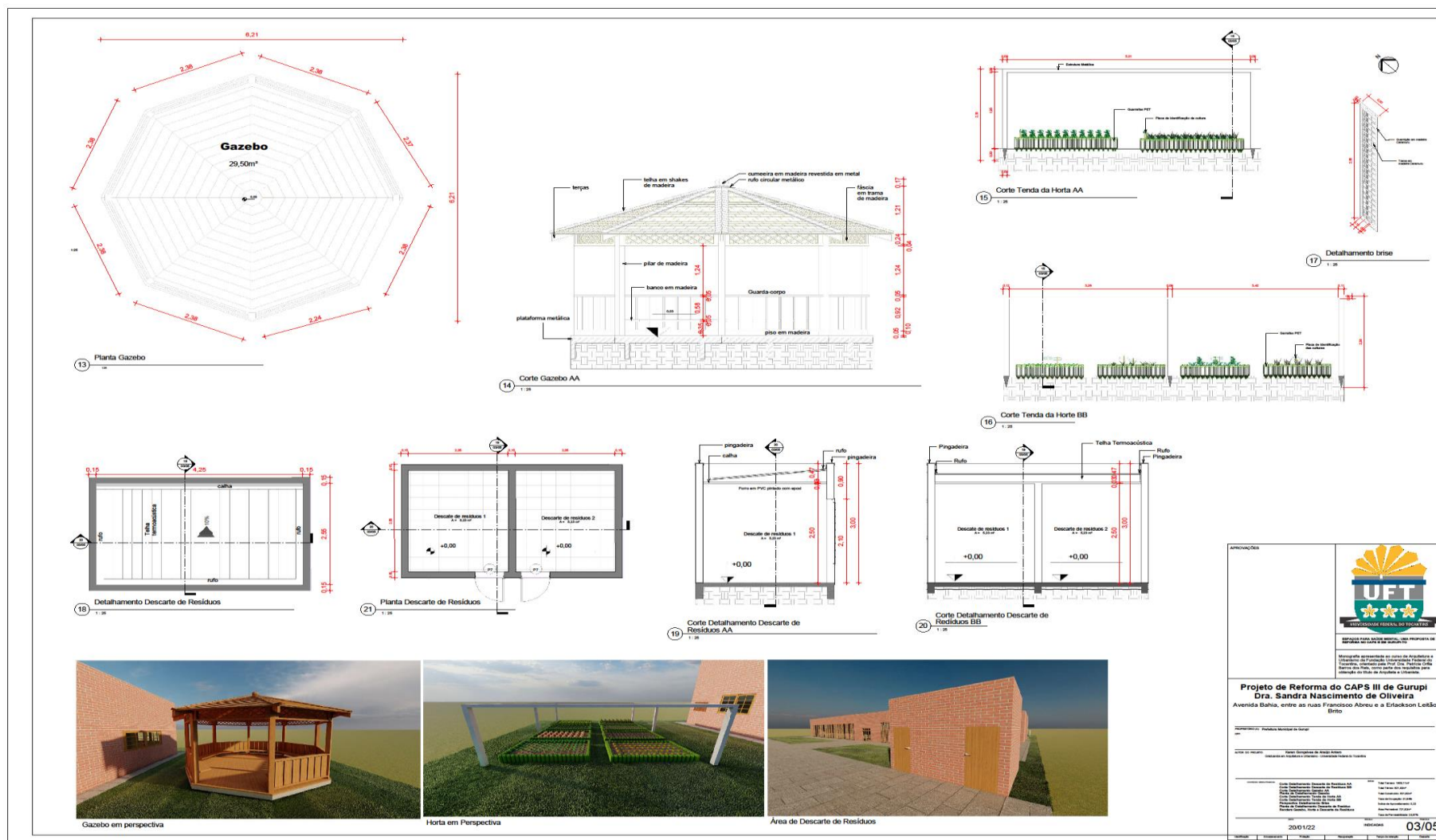
TOCANTINS, Fundação Municipal do Meio Ambiente de Palmas. **Diagnóstico de Arborização Urbana de Palmas.** Palmas, 2016.

APÊNDICE I – PRANCHA 1: EXECUTIVO

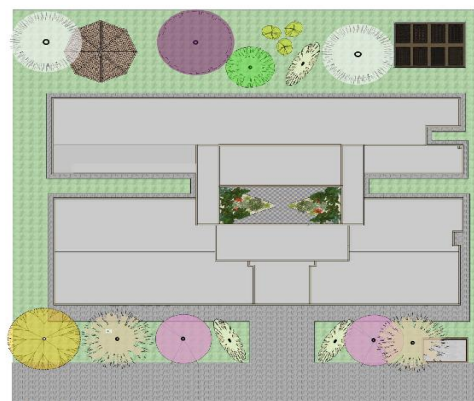
APÊNDICE II – PRANCHA 2: CORTES, ELEVAÇÕES E LAYOUT



APÊNDICE III – PRANCHA 3: DETALHAMENTOS

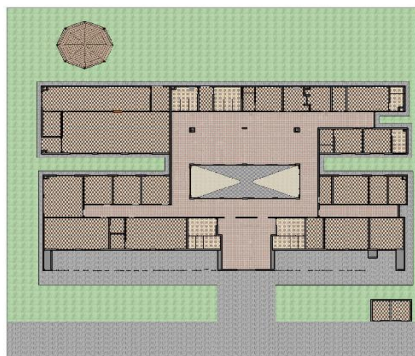


APÊNDICE IV – ESPECIFICAÇÕES



22 Planta Paixagística

Nome científico	Nome popular	Simbolo
<i>Freziera gracilipes</i>	Palmeira Lisa	
<i>Hampeanthus impatiens</i> Mastos	pt Roxo	
<i>Mangifera indica</i>	Mangueira	
<i>Seuheria veriegata</i>	Pata de Vaca	
<i>Pterodon emarginatus</i> Vogel	Sucupira Lisa	
<i>Citrus Limon</i>	Limoeiro	
<i>Musa</i>	Bananeira	
<i>Russelia Equisetiformis</i>	Flor da Coral	
<i>Plectranthus scutellarioides</i>	Calêula	
<i>Drosera Marginata</i>	Drosera Tricolor	
<i>Helleborus pallidus</i> Kun	Fatsia da Princesa	
<i>Heuland</i>	Heuland	
<i>Pimenta Madagascariensis</i>	Arvore do Visconde	
<i>Agave attenuata</i>	Agave dragão	



24 Planta de Paginação de Piso

Pagação de Pisos	
	Piso de áreas molhadas
	Piso corredores e Acesso Principal
	Pagação Calçada
	Pagação Solarium
	Pagação demais ambientes
	Grama
	Ripas de madeira em forma octógono em madeira Camarun
	Areia



23 Planta Luminotécnica

Símbolo	Descrição	Lumens
	Luminária com brilho ajustável	Cada spot contém 530
	Refletor	6000L
	Lâmpada de Led com difusor de luz	1350L
	Spot fixo	450L



25 Planta de Locação de ar condicionado

[illegible]

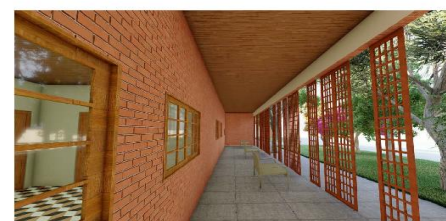
APÊNDICE V - RENDERS



Render Fachada 1



Render Fachada 2



Render Corredor Externo



Render Recepção



Render Espaço de Convivência



Render Refeitório



Render Área de Medicação



Render Fachada 2



Render Corredor Externo



Render Sala de Reuniões



Render Banheiro



Render Pomar e Horta

Projeto de Reforma do CAPS III de Gurupi Dra. Sandra Nascimento de Oliveira Autor	
Orientador(a): Professora Mônica de Souza ORN	
Assessor(a): Renata Rodrigues de Aguiar Ribeiro Orientadora em Práticas e Conteúdo - Coordenadora Pedagógica Teórica	
Instituição de Ensino: UFT Faculdade: Faculdade de Ciências Exatas e Tecnológicas Curso: Graduação em Engenharia de Software Turma: Engenharia de Software Semestre: 2020/1	
Data: 05/05	